

Fecha

día	mes	año

Para ser llenado por el médico
Datos del Asegurado finado

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)															
¿El fallecimiento ocurrió en un hospital o sanatorio?		Fecha de ingreso al hospital o sanatorio		Nombre y dirección del hospital o sanatorio															
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		día	mes	año				<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		día	mes	año				Tiempo que lo atendió	Tiempo que lo conoció
día	mes	año																	
día	mes	año																	
Fecha en que fue consultado por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento		Fecha en que lo visitó por última vez																	
<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		día	mes	año				<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		día	mes	año							
día	mes	año																	
día	mes	año																	

Datos de la defunción

Concepto	Especificaciones de la causa o enfermedad	Tiempo de duración
Causa o enfermedad que directamente produjo el fallecimiento.		
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó el fallecimiento.		
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad principal o básica.		
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica.		
¿La defunción fue por causa violenta o accidental?	Lugar donde ocurrió (estado, municipio o alcaldía)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Datos del médico que requisita esta declaración

¿Atendió personalmente al Asegurado?	Nombre completo	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Domicilio de contacto	Clave lada Teléfono	
Registro S.S.A.	Especialidad Médica	R.F.C.
Cédula profesional		

Datos de otros médicos que atendieron al Asegurado finado

Médico 1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día	mes	año
Médico 2	Domicilio de contacto			Cédula profesional	Clave lada	Teléfono	
Médico 3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día	mes	año
Médico 3	Domicilio de contacto			Cédula profesional	Clave lada	Teléfono	

Grupo Nacional Provincial, S.A.B., tratará los datos personales en cumplimiento a la regulación aplicable y de conformidad con el Aviso de Privacidad, disponible en gnp.com.mx llamando a Línea GNP al 55 5227 9000.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Lugar y fecha	Firma y sello del médico que requisita esta declaración

En caso de requerir información y/o documentación adicional, se les comunicará en su momento